



2022-09-30

Socialdepartementet

s.registrator@regeringskansliet.se

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.fs@regeringskansliet.se

Remissvar Vägen till ökad tillgänglighet SOU 2022:22 (S2022/02635/FS)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS har getts tillfälle att lämna synpunkter på betänkandet Vägen till tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22). I beredningen av SLS yttrande har vi fått in remissvar från SLS medlemsföreningar *allmänmedicin, audiologi, barnkirurgi, fysisk aktivitet och idrottsmedicin, klinisk kemi, neurokirurgi, neurologi, medicinsk informatik*; SLS sektioner *psykiatri och öron, näsa hals* samt *SLS delegation för medicinsk etik* och *SLS ehälsokommitté*. Flera av dessa har svar som innehåller både översiktliga och specialitetsspecifika synpunkter och förslag till regeringen. Svaren bifogas därför i sin helhet.

Allmänt om slutbetänkandet

SLS har i princip samma allmänna synpunkter på slutbetänkandet Vägen till ökad tillgänglighet (SOU 2022:22) som vi hade kring utredningens delbetänkande SOU 2021:59. Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (fortsättningsvis kallad *utredningen* i detta remissyttrande) har gjort ett förtjänstfullt arbete när det gäller bakgrund och analys kring frågan om väntetider i hälso- och sjukvården, hur området styrts de senaste decennierna, risker och effekter med denna styrning och vad resultatet egentligen blivit. För SLS är dock den uppenbara slutsatsen av analysen i SOU 2022:22 att de styrmedel staten använt det senaste dryga decenniet för att minska väntetiderna i sjukvården helt enkelt inte fungerar och dessutom styr fel.

Mer av dålig styrning

Enligt SLS saknar utredningen i såväl del- som slutbetänkandet en tydlig målbild för vad förbättrad tillgänglighet egentligen skulle innebära förutom kortare väntetider. Då målbilden inte är tydlig blir det oklart vad förslagen som diskuteras på detaljnivå faktiskt ger för effekt på längre sikt. Om man utgått från en tydlig målbild för de beslut och aktiviteter man föreslår, hade möjligheten analysera såväl risker som möjliga positiva effekter av de föreslagna åtgärderna samt strategierna för uppföljning varit större. En ökad tillgänglighet handlar inte bara om att minska vårdköer, utan kräver omfattande förändringar i vårdens förutsättningar och organisation för att nå en vård av hög kvalitet och säkerhet. Utredningen är i flera delar av betänkandet inne på detta spår och behovet av att tänka nytt. Trots den tydliga bakgrundsbeskrivningen och att det uppenbart inte leder mot målet att korta väntetider landar utredningen – styrd av sitt direktiv – dessvärre i förslag som är ännu mer av samma dåliga styrning.

Prioriteringar

SLS vill understryka att tillgänglighet bara är ett av många viktiga värden inom hälso- och sjukvården. Andra viktiga värden är till exempel kvalitet, kontinuitet, patientsäkerhet, resursutnyttjande, delaktighet, forskningsaktivitet och mätbarhet/tillförlitliga register. Flera av dessa värden kan samverka men ibland även komma i konflikt med varandra och behöver då rangordnas. En lösning för

att komma till rätta med tillgängligheten skulle kunna vara att drastiskt sänka kvaliteten eller patientsäkerheten eller att låta kostnaderna skena. Hur viktig är tillgängligheten i förhållande till de andra värdena? Tullar vi hellre på tillgängligheten, eller patientsäkerheten, eller kvaliteten? Om tillgänglighet kommer i konflikt med kontinuitet – vilket tycker vi är viktigast? Forskningsaktivitet kontra att ta hand om patienter för personal det är brist på? Detta resonemang saknas i betänkandet.

Enligt SLS finns även en uppenbar potentiell konflikt mellan vårdgarantin och den etiska prioriteringsplattformen. Utredningens skriver på s. 56 i betänkandet bland annat att: *"Vårdgarantin reglerar inte om vård ska ges, vilken vård som ska ges eller kvaliteten på vården som ska ges. Vårdgarantin definierar endast den yttersta tidsgränsen inom vilken medicinsk prioritering ska ske. Det betyder att ALLA patienter ska få sin vård inom vårdgarantins preciserade gränser, även de med de lägsta behoven."* Om det visar sig resurs- och kapacitetsmässigt inte vara möjligt att ge all vård inom vårdgarantins reglerade gränser finns fortfarande en fara om en vårdgivare/region ändå vill uppfylla vårdgarantin: prioriteringar ska göras inom tidsgränserna för det som *ingår* i vårdgarantin – men det innebär att det som *inte* ingår i garantin (återbesök, fortsatta behandlingar mm) kan riskera trängas undan. Likaså kan indikationen för vilken vård som ska ges ökas, så att viss vård inte ges, och därmed inte omfattas av någon garanti. Väntetiderna kan ju bringas ner genom att vi ger mindre vård. Men är det önskvärt? Eller annorlunda uttryckt: Om det viktigaste är att alla får vård i tid, så får man skruva på antingen *om* vård ska ges, *vilken* (minimal) vård som räcker eller *kvaliteten* på vården. Är det önskvärt? Om fördelarna med vårdgarantin (signalvärdet, regional likvärdighet, tydlighet gentemot patienten och ramar för regionernas dimensionering och resurssättning) ska kunna bevaras i ljuset av begränsningar i resurser och kapacitet så kan sådant skruvande behövas. **Givet riskerna med ovanstående och frånvaron av visad effekt med den vårdgaranti vi redan har sedan tio år tillbaka, är betänkandets slutsats om utökad vårdgaranti inte given.**

Konsekvenser av att vårdgarantin inte uppfylls

SLS har även noterat att det i betänkandet inte alls framgår vilka konsekvenser det kan/bör få för regioner som inte kan leva upp till vårdgarantin. På sid 131 står bland annat: *"IVO är den myndighet som kan och ska agera i frågan när lagstiftningen inte efterlevs. IVO har genom sitt uppdrag en skyldighet att påpeka fel och brister i verksamheten samt fatta adekvata tillsynsbeslut som ger effekt så att problem åtgärdas i vårdverksamheterna"* Betänkandet anger att det inte ligger i utredningens uppdrag att utreda eller lämna förslag kring *"tillsynens utveckling"*. Men för att optimera de föreslagna fördelarna med vårdgarantin (signalvärdet, regional likvärdighet, tydlighet gentemot patienten och ramar för regionernas dimensionering och resurssättning) bör ju en icke uppnådd efterlevnad få någon form av konsekvenser – och helst sådana som inte gör det *svårare* för en region att leva upp till vårdgarantin (som någon form av böter eller att inte få tillgång till kömiljarder). Denna fråga är så tätt kopplad till motiven för att bibehålla, och till och med utöka, vårdgarantin, att den gärna hade fått utvecklas i betänkandet.

Ökad administration

Lösningarna på problemet med bristande tillgänglighet som föreslås i betänkandet, förutom den utvidgade vårdgarantin, är mer av det som vården sannolikt arbetat med sedan vårdgarantin infördes, nämligen ökad produktions- och kapacitetsplanering och samverkan. Ordet samverkan förekommer 388 gånger i dokumentet. Orsakerna till den bristande tillgängligheten diskuteras på ett intressant sätt i *"utredaren har ordet"*, men gör föga avtryck i resten av betänkandet. Utredaren tar bland annat upp brist på personal, ineffektiva IT-system, ökande mängder administration som tränger ut kärnverksamheten. Betänkandets förslag om mer och bättre registrering av väntelistor, tillsyn, och bättre information med snävrare tidsramar till patienter är vällovliga, men innebär sannolikt ökad administration. Kravet att hitta vård åt patienten hos annan vårdgivare/region inom vårdgarantins gränser kan också leda till ökad arbetsinsats för verksamheten. Att hantera vårdplatsbrist kan vara oerhört tidskrävande för de som vårdar patienter. Inkompatibla journalsystem mellan olika regioner gör också detta arbete onödigt tungrovt.

Professionsbaserad vårdgaranti

I yttrandet över delbetänkandet framförde SLS att utredningen i det fortsatta arbetet borde ta fram förslag i riktning mot en kraftigt reformerad och ej detaljreglerad vårdgaranti som bygger på ökat ansvarstagande från vårdens professioner och som är frikopplad från prestationsbaserade ersättningar.

Covid 19-pandemin visade tydligt att medarbetare i sjukvården på kort sikt kan skapa tillgänglighet med små resurser när de ges mandat och ansvar och frånges administrativa pålagor. Därutöver ligger nyckeln till en stärkt tillgänglighet att professionerna och beslutsfattare på nationell och regional nivå gemensamt löser de stora grundläggande kapacitetsproblemen i hälso- och sjukvården som orsakar långa väntetider. Det gäller inte minst bristen på specialister i allmänmedicin som sedan decennier är ett stort hinder för omställningen till god och nära vård med primärvården som bas. Det gäller även den sedan många år stora bristen på antal vårdplatser och intensivvårdsplatser där Sverige i plats per capita hamnar långt ner i jämförelser med andra europeiska länder. Till stor del handlar det om att stärka kärnverksamheten med fler medarbetare och inte minst nyckelpersonal såsom specialiserade sjuksköterskor och läkare. **SLS kan dock konstatera att utredningen i slutbetänkandet SOU 2022:22 dessvärre aldrig gick vidare med spåret att föreslå en mer professionsinriktad vårdgaranti.**

Synpunkter på förslagen

Nedan följer SLS synpunkter på några förslag och bedömningar i betänkandet. Vår ambition är att bidra konstruktivt till en hälso- och sjukvård som ges efter behov och präglas av hög tillgänglighet och kvalitet. Som framgår under Allmänt om betänkandet ovan är SLS starkt kritiskt till gällande modell att försöka styra väntetiderna i hälso- och sjukvården och vill på sikt se en vårdgaranti där professionen tar ett betydligt större ansvar.

Kapitel 4 En utökad vårdgaranti

SLS avstår från att kommentera utredningens förslag till en förändrad vårdgaranti. Skälet är att konsekvenserna av förslaget (risker kontra eventuella vinster) inte är tillräckligt utredda.

Kapitel 6 God och vård med forskning utbildning och utveckling

SLS delar utredningens övergripande bedömning om vikten av att stärka forskningen inom primärvården.

Enligt SLS måste forskningsfälten inom allmänmedicin ges bättre förutsättningar för att utvecklas (se bland annat [Svenska Läkaresällskapet för en stärkt primärvård](#)). En stabil organisation för forskning och utveckling i primärvården leder till en långsiktigt god utveckling av primärvårdens innehåll. Ett område som behöver mer och bättre forskning är vård, behandling och uppföljning av sköra äldre med många olika sjukdomar. Forskning som går över vårdnivåer och vårdorganisationer bör lämpligen utgå från primärvården, som är den centrala noden i vårdsystemet. Det är också hos primärvården som samordningsansvaret ligger. Stimulansmedel till forskning som är särskilt märkta för primärvård och allmänmedicin bör kopplas till de allmänmedicinska universitetssjukvårds-enheterna. Detta för att bygga kapacitet inom primärvården för såväl medicinsk forskning som verksamhetsnära forskning i hälso-och sjukvårdsorganisation. Riktade medel till translationell forskning kan potentiellt bidra såväl till skapandet av ny akademiska miljöer för kapacitetsbygge inom forskning som för utveckling av kunskap kring hur vården organiseras utvecklas Möjliga modeller för hur detta kan göras finns – t.ex. Vinnvårdprogrammet som lyfts som exempel i utredningen. Speciellt behöver förutsättningarna för att bedriva klinisk forskning inom primärvård stimuleras. Ett annat exempel på stimulans av primärvårdsforskning är den nationella forskarskolan i allmänmedicin. Ett tredje sätt att stimulera forskning och utbildningsverksamhet inom primärvård är att uppmuntra skapandet av akademiska vårdcentraler inom primärvård och allmänmedicin.

SLS vill understryka att de väsentliga faktorerna för ökad forskningsaktivitet är kritisk massa och avsatt dedikerad tid för forskning på arbetstid. I miljöer som saknar akademisk tradition är rekrytering av utbildade forskare nödvändig, där handledare, docenter, kan leda forskningsgrupper för att besvara närliggande frågor. Därmed skapas den täthet och forskningsintensitet som utgör det viktigaste för att bedriva forskning, det fria akademiska utbytet av tankar, konstruktiv kritik för att den vetenskapliga diskussionen ska spetsa frågeställningar och hypoteser. Med fysisk närvaro i tid och rum och kontinuerlig handledning med den akademiska diskussionen och utbytet uppstår intresse som föder forskningsaktivitet. Det behöver instiftas fler kombinationstjänster med 20–80 procents forskningstid och 80–20 procent klinisk tid för att skapa tidsutrymme. Det är i dag självklart att en tjänstgöringstid på 5 år krävs för specialistutbildningen. På motsvarande sätt krävs forskningstid efter att ha erhållit

körkortet för forskning, doktorsgraden (jmf läkarlegitimation), för att kunna utbilda sig till forskare med kunskap och erfarenhet som krävs för att leda en forskargrupp (docent). Dessa tjänster bör sökas i öppen konkurrens, men kan självklart också fördelas geografiskt för att skapa starka center.

Kapitel 7 Barn och ungas psykiska hälsa

SLS hänvisar i detta kapitel till svaret från SLS sektion för psykiatri (se bilaga) samt till SLS två remissvar på betänkandena Börja med barnen:

[remissvar-borja-med-barnen-sou-2021-34.pdf \(sls.se\)](https://s3.amazonaws.com/sls-se/remissvar-borja-med-barnen-sou-2021-34.pdf)

[sls-remissvar-borja-med-barnen-sou-2021-78.pdf](https://s3.amazonaws.com/sls-se/remissvar-borja-med-barnen-sou-2021-78.pdf)

Kapitel 9.1 Överväganden avseende intygshantering i hälso- och sjukvården

SLS tillstyrker utredningens bedömning att *“[r]egeringen bör ge en lämplig myndighet i uppdrag att följa upp det utvecklingsarbete som har gjorts av statliga myndigheter i fråga om intygshantering. Det bör ingå i uppdraget att följa upp resultatet av det arbete som SKR och Inera har bedrivit på området med stöd av statliga medel. Myndigheten bör även få i uppdrag att ta fram en handlingsplan över de statliga insatser som krävs för att åstadkomma en mer effektiv och sammanhållen intygshantering inom hälso- och sjukvården.”* SLS vill dock understryka vikten med att lämplig myndighet inte bör vara någon av myndigheterna som varit involverade i utvecklingsarbetet.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
ordförande

Karin Pukk Härenstam
ordförande SLS delegation för medicinsk
kvalitet

Bilagor:

Remissvar från

SLS medlemsföreningar

- allmänmedicin
- audiologi
- barnkirurgi
- fysisk aktivitet och idrottsmedicin
- klinisk kemi
- neurokirurgi
- neurologi
- medicinsk informatik

SLS sektion för

- psykiatri
- öron, näsa, hals

SLS delegation för medicinsk etik,
SLS ehälsokommitté

REMISSVAR
2022-08-30

Svenska Läkaresällskapet
susann.asplund@sls.se

Vägen till ökad tillgänglighet - delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram SOU 2022:22

Synpunkter och reflektioner från Svensk förening för allmänmedicin

Övergripande kommentarer

Det framgår med all önskvärd tydlighet att riktade eller generella statliga satsningar i form av ekonomiska medel till regionerna via överenskommelser med SKR, trots att strategin sannolikt kan fylla någon slags funktion, inte i sig har minsta chans att föra oss närmare en ökad tillgänglighet inom sjukvården.

En av de största anledningarna till att man inte har löst problemet med **väntetider** är att man inte förstår att det är ett sekundärt symptom av flertal bakomliggande orsaker. Det är dessa man behöver adressera och åtgärda för att på så sätt minska efterverkningarna (väntetiderna). Att gå rakt på väntetiderna som mål med riktade insatser kommer därför inte ge långsiktiga resultat. Ineffektivitet och låg produktion som anges som orsaker till väntetiderna är även dessa symptom och inte grundproblem. Vi saknar beskrivning om styrningens roll till problemen.

Mätningarna av hur många som väntat och hur länge är av akademiskt intresse, som bakgrund, men saknar koppling till klinisk indikation och prioritet, och ger inga idéer till hur tillgänglighetsproblemen skall lösas. Vi skall nog inte knyta för stora förhoppningar till vad mätningarna gör för nytta, i sig.

Prestationsersättning för minskad väntetid är en felaktig åtgärd, liksom böter/vite vid för långa väntetider. Dessutom är väntetidsrapporteringen försedd med goda möjligheter till manipulering av siffrorna. Konstaterandet att produktionen (utflödet) är för låg är inte alls självklart, det kan t ex också röra sig om remisser som skrivs för tidigt i ett förlopp dvs att inflödet är för högt, eller (hypotetiskt) att frågan om vilka bedömningar och åtgärder som skall omfattas av den offentligfinansierade sjukvården behöver ses över.

Det framgår också att **vårdgarantier** utgör en symbolisk åtgärd, som i praktiken inte på något sätt skapar bättre förutsättningar för att uppfylla desamma, annat än möjligen genom undanträngningseffekter (exemplifierat genom att de gjort att nybesök, oavsett prioritet, tvingats ges förtur på bekostnad av återbesök för allvarlig kronisk sjukdom). Motiveringen att en lagreglerad vårdgaranti ska vara kvar för att främja patientens rättsliga ställning är tandlös då den inte ger några rättsliga påföljder när den inte efterlevs.

En delvis förbisedd faktor som bidrar till ineffektivitet är frånvaro av personligt ansvar för ett förlopp från start till mål (vid episodbaserad vård) respektive över tid (vid ej tidsbegränsad vård och uppföljning), samt en systematisk nedvärdering av effekterna av relationskontinuitet. En personligt ansvarig kontinuitetsbärare med professionellt mandat att agera i sin patients intresse ger maximalt incitament att skapa tillgänglighet.

Vi delar bilden av att alltför få disponibla vårdplatser kan bidra till tillgänglighetsproblem genom kaskadeffekter och suboptimering i sjukvårdssystemet.

Kapitel 4. En utökad vårdgaranti

SFAM delar inte utredningens uppfattning om att vårdgarantier behövs eller att deras tänkta positiva effekter är större än de negativa. Med detta sagt tillstyrker vi utredningens ambition att förstärka fördelarna och adressera nackdelarna med dess nuvarande utformning och vi har inga specifika invändningar mot förslagen och bedömningarna som redovisas. Att återgå till 7 dagar för medicinsk bedömning i primärvården är rimligt. Också bra att man avråder från differentierade vårdgarantier samt att SVF och vårdförloppen inte omfattas av vårdgarantin.

Kapitel 5. Nära vård/Primärvård

Att patienternas ställning stärks är bra och viktigt, liksom ökat patientinflytande och delaktighet. Vi tror dock inte att det löser de cementerade problem som finns i vården. Förändringarna behöver komma inifrån med adekvata förutsättningar i kärnverksamheterna, inte indirekt via patienten. En välfungerande organisation med professionsstyrning skulle troligen ge mer av det man efterfrågar. Att patienter far illa i systemet är ett symptom. Man kommer inte åt grundproblemet genom att försöka åtgärda symptomen.

Utredningen påtalar att personal i kärnverksamheten inte märkt av omställningsarbetet. Det säger något om hur omställningen är konstruerad och planerad att genomföras. Utredningen utgår i många delar från befintlig organisation och styrmodeller, kanske är det där svaren på frågorna finns? Vad skulle hända i förlängningen om man gjorde en genomlysning av det sätt man på nationell nivå bedrivit förändringsarbete och styrning av vården?

SFAMs upplevelse är att det som hittills märkts i kärnverksamheten av omställningen till god och nära vård är ökade uppdrag och arbetsuppgifter. Vårdcentralerna ska avlasta sjukhusen och agera buffert för övriga verksamheter, utan att vårdcentralerna har stärkts eller resurssatts för att klara av detta. Man har börjat i fel ända. Det har lett till att redan belastade vårdcentraler har fått det värre, med försämrad arbetsmiljö, kompetensflykt och snarare minskad tillgänglighet. Vården har därtill blivit efterfrågestyrd i stället för att ges efter behov.

SFAM instämmer i att förtroende och samverkan mellan primärvård och specialiserad vård behöver stärkas, men det är inte primärt en fråga om resurser. Ett lika stort problem är ombytliga vårdval och ständiga omorganisationer som leder till bristande kontinuitet mellan parterna. Detta är särskilt påtagligt i storstadsregionerna där antalet vårdgivare inom de olika vårdvalen är större.

Kapitel 6.2 Utbildning

Utredningen föreslår att alla läkarprogram ska regionaliseras. Man föreslår att regionaliseringen ska ske stegvis samt att mer statliga medel tillförs för att bära den ökade kostnad en regionalisering medför. Förhoppningen är att studenterna ska stanna på samma plats som de utbildats och haft VFU varför en regionalisering bedöms leda till bättre kompetensförsörjning på platser utanför större orter. Man föreslår också längre sammanhållna VFU-perioder i allmänmedicin för att öka intresset.

SFAMs kommentar: det är rimligt att regionalisera utbildningen för att höja dess kvalitet, och erfarenheten från t ex Jönköping är att relativt stor andel av studenterna vill fortsätta som AT-läkare i regionen. Det kan dock finnas en övertro på att det hjälper de mindre orter där stor läkarbrist råder. Även vid en regionaliserad utbildning blir det en större centralort som studenterna bor på och sedan placeras ut på de mindre orterna i kortare perioder. En grundförutsättning för att studenterna ska vilja stanna kvar är att de får en bra utbildning, lyckas man inte tillgodose det på grund av ex. kompetensbrist i områden som redan idag är svårbemannade kommer det inte leda till större rekryteringsmöjligheter. Långa VFU-perioder (minst 10 veckor) i primärvården är mycket viktigt för att skapa kompetens hos läkarstudenterna när utbildningen blir sexårig och AT-tjänstgöringen försvinner. Det är också en förutsättning för att kunna göra bättre kompetensbedömningar av läkarstudenter och öka graden av examinering som sker vid praktiskt patientarbete utöver skriftliga tentamina.

6.3 Stöd till primärvårdsforskning

Utredningen föreslår två tioåriga forskningsprogram - ett för forskning och utveckling för nära vård kopplat till FORTE och ett för primärvårdsforskning med fokus på allmänmedicin kopplat till VR. Respektive anslagsgivare ska få i uppdrag att förbereda för programmen, analysera forskningsbehov och ta fram strategiska forskningsagendor i samverkan med berörda aktörer.

SFAMs kommentar: långsiktiga forskningsprogram riktade mot primärvård och allmänmedicin är essentiella för att utveckla en bättre primärvård. Att förarbetet sker i nära samverkan med berörda aktörer är essentiellt för att kunna utforma dessa anslag så att de används för rätt ändamål. Erfarenheten är att tidigare forskningsanslag riktade för allmänmedicinsk forskning från Vetenskapsrådet år 2021 i relativt stor utsträckning tilldelades forskargrupper utan tydlig förankring i primärvården. Detta då det är enkelt att framställa forskning som allmänmedicinsk då specialiteten spänner över i stort sett alla sjukdomsgrupper. Det bedöms att grupper som ska avgöra vilka forskningsprojekt som tilldelas medel måste ha stor erfarenhet av kliniskt arbete och forskning i primärvård för att kunna avgöra detta.

6.4 Universitetssjukvårdsenheter

Utredningen föreslår att fler USVE ska bildas, framför allt i primärvård och att statliga stödet för detta arbete ska utökas. Det sker då genom en förändring av det så kallad ALF-avtalet för att tillgängliggöra mer medel. Utredningen vill se en större geografisk spridning av USVE, så även i regioner som idag inte har någon universitetssjukvård.

SFAMs kommentar: Utredningen underskattar till viss del utmaningen och de resurser som förutsätts för att bygga en långsiktigt hållbar USVE som inte bygger på enskilda individer med rätt kompetens. Det

saknas idag en nationell struktur för hur en USVE i primärvård ska organiseras. I vissa fall utgörs USVE av enskild stor vårdcentral, i andra fall utgörs den av ett primärvårdscentrum eller en mer diffus organisation där hela primärvården är inkluderad men inte under en specifik centrumbildning. Därtill tillkommer andra begrepp så som "akademisk vårdcentral" vilket inte är definierat nationellt utan bestäms av respektive region. Här krävs en nationell samordning för vad en USVE är, samt rejäla långsiktiga resurstillskott så att en eller flera USVE tillsammans kan bygga en långsiktigt hållbar akademisk miljö med hela spektret av forskare från doktorand till docent samt fler professioner än enbart läkare. Detta förutsätter att regionerna som driver USVE likställer betydelsen av forskning med klinisk verksamhet. Personaltätheten på en USVE måste vara större än på en vanlig vårdcentral för att de anställda ska kunna fullgöra sina dubbla uppdrag. Därtill bör en nationell strategi för hur USVE i primärvården kan bilda nätverk och samarbeta, då en USVE i primärvård ofrånkomligen blir en liten enhet om den inte baseras på en centrumbildning för hela regionen.

Kapitel 7 Barn och ungas psykiska hälsa

Utredningen är inkonsekvent med dess åsikt om vårdgarantin. Varför kan inte det generella resonemanget angående fördelarna med vårdgarantin gälla även BUP?

Utbildning och fortbildning viktigare än nationella kunskapsstöd. Kunskapsstyrningsorganisationen kan inte kompensera för eller ersätta kunskapsbrister inom vården, utan är ett komplement som fortfarande är under uppstart och med oklara resultat än så länge.

Bästa sättet att stödja barn och ungas psykiska hälsa och förebygga ohälsa är att fokusera på, stärka och bygga ut elevhälsan. Att fokusera på sjukvårdens roll i frågan ökar risken för medikalisering. Andra delar i samhället viktigare.

SFAM stödjer fullt ut utredningens bedömning och motivering om att adhd läkemedel inte ska förskrivas eller följas upp av allmänläkare!

Kapitel 9 Andra överväganden

Frågan om resurskonsumtion av intyg är väsentlig, men trots ofta uttalade ambitioner om att reducera intygsskrivande och annan administration till ett minimum fortsätter utvecklingen i motsatt riktning. Som exempel kan nämnas att sjukintyg respektive läkarutlåtande om hälsotillstånd vid varje revision har blivit mer omfattande till innehållskrav. SFAM bedömer att det krävs ett kvalitativt annat angreppssätt kring frågan än att bara identifiera problemet.

SFAM delar utredningens uppfattning angående uppföljning och förskrivning av narkotikaklassade läkemedel till personer med ADHD.

SFAM har inga synpunkter på utredningens överväganden i fråga om valfrihet i slutenvård.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
Ordförande



Svensk Medicinsk Audiologisk Förening

2022/09/13

Linköping

Till Svenska Läkaresällskapet,

Angående remissvar till statlig utredning SOU 2022_22 Vägen till ökad tillgänglighet

I egenskap av vetenskaplig sekreterare av Svensks medicinsk audiologisk förening (SMAF) svarar till remissen efter diskussion i styrelsen.

Vår uppfattning är att återbesök bör omfattas av vårdgarantin när det är en del av medicinsk bedömning eller utredning så att patienterna står inte långt i väntelistorna för att få rätt diagnos, behandling samt rehabilitering och uppföljning.

SMAF Styrelsen genom vetenskaplig sekreteraren

Sumru Keceli MD PhD

Sumru.keceli@regionostergotland.se

073-8431856

YTTRANDE

2022-05-30 S2022/02635

Socialdepartementet

103 33 Stockholm

Betänkandet S2022/02635

Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram

Sammanfattning;

Mycket omfattande utredning som gjorts, täcker många områden kring den organisation som sjukvården har.

Vi i Svensk Barnkirurgisk Förening tillstyrker i huvudsak de förslag på åtgärder som framförs i remissen.

Orförande Lars Hagander,

ledamot Matilda Bräutigam

Från: [Anders Stålmán](#)
Till: [Susann Asplund](#)
Ärende: Sv: Remiss Vägen till ökad tillgänglighet
Datum: den 16 juni 2022 11:02:31

Vi har gått igenom sammanfattningen och har inga synpunkter på denna.

mvh

Anders Stålmán

SFAIM

Från: Susann Asplund <susann.asplund@sls.se>

Skickat: den 13 juni 2022 17:01

Till: Susann Asplund <susann.asplund@sls.se>

Kopia: Tobias Alfven <tobias.alfven@ki.se>; Per Johansson <per.johansson@sls.se>; Karin Pukk Härenstam <karin.pukk-harenstam@sls.se>; Malin Henriksson <malin.henriksson@sls.se>

Ämne: Remiss Vägen till ökad tillgänglighet

Till SLS medlemsföreningar, sektioner, associerade föreningar, delegationer, kommittéer

Hej!

SLS har fått bifogade remiss från Socialdepartementet, se även som länk

<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2022/05/sou-202222/> Tacksam för era svar till susann.asplund@sls.se **senast den 13 september**.

Med vänlig hälsning

SUSANN ASPLUND JOHANSSON

Organisations- och utredningsansvarig

SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

TFN 08/440 88 92, 076/772 2557

ADRESS Klara Östra Kyrkogata 10,
Box 738, 101 35 Stockholm

WEBB

FACEBOOK

TWITTER

YOUTUBE

[Prenumerera på vårt nyhetsbrev](#)

Svenska Läkaresällskapet för förbättrad hälsa och sjukvård i samhället.

När du skickar e-post till Karolinska Institutet (KI) innebär detta att KI kommer att behandla dina personuppgifter. [Här finns information om hur KI behandlar personuppgifter.](#)

Sending email to Karolinska Institutet (KI) will result in KI processing your personal data. [You can read more about KI's processing of personal data here.](#)

Remissvar gällande SOU2022.22 – Vägen till ökad tillgänglighet

Tack för möjligheten att kommentera denna utredning

Vi vill först reservera oss för att utredningen inte angår vårt professionsområde. Klinisk kemi är ett område där tillgängligheten för privatpersoner är väsentligen obegränsad då det på senare år uppstått en kommersiell marknad. Huruvida denna tillgänglighet gagnar folkhälsan är minst sagt omtvistat, de bristande data som finns talar snarare för att fri tillgänglighet till klinisk kemisk laboratoriediagnostik i många fall gör mer skada än nytta. Tillgängligheten till laboratorier för den offentligfinansierade vården diskuteras endast summariskt i utredningen och där den nämns är tillgänglighetskraven på laboratorierna sannolikt tämligen modesta i förhållande till nuvarande kapacitet för de flesta laboratoriediscipliner.

Men mot denna bakgrund känner vi oss tvingade att kommentera det faktum att utredningen, trots sin påtagliga volym, inte kommenterar eller resonerar om överdiagnostik, -behandling och -utredning (övermedikalisering) som delorsak till bristande tillgänglighet. Övermedikalisering är troligen ett faktum inom svensk sjukvård, men det är inte väl studerat. Om det föreligger tar den onödiga resurser och skapar i sig själv ett ytterligare utredningsbehov. Vi anser att det skulle gagna utredningen att ägna några tankar om hur överutredning/behandling ska identifieras, och om den finns stävjas, i syfte att frigöra resurser till ett faktiskt vårdbehov.

I utredningen föreslås därtill att tillgängligheten ska göras till prioritet ett för vården (s. 41). Ett sådant perspektiv på vård skulle kunna vara rent skadligt eftersom det riskerar att skapa vård för vårdandets, och inte behovets, skull. Vård för vårdandets skull har inget egenvärde.

Vidare bör det kommenteras att utredningen återkommande föreslår en ökad satsning på konceptet *nära vård*. Detta trots att utredningen fastslår att vårdens utövare inte märkt av att konceptet redan har rullats ut med ekonomiskt stöd, som medfört ökade kostnader för kommuner och regioner utan att de mätta kvalitetsindikatorerna påverkats. Att en vidare satsning på *nära vård* kommer medföra de effekter som utredningen menar upplevs av läsaren som en lite märklig slutsats av den egna analysen.

Sammanfattningsvis verkar utredningen komma till närmast prespecifierade slutsatser och dess implementering kan möjligen öka tillgängligheten till vård, men huruvida detta gagnar folkhälsan ter sig mer oklart. Tvärtom känner vi en oro att implementeringen huvudsakligen kommer att tillgodose ett vårdbehov utifrån efterfrågan och inte behov, vilket kan leda till en övermedikalisering som skulle göra en ny motsvarande utredning nödvändig illa kvickt.

För svensk föreningen för klinisk kemi (SFKK)
Johan Skogö
Sekreterare

Remissvar

Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22)

Styrelsen för Svensk Neurokirurgisk Förening (SNF) har tagit del av slutbetänkande av delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Det är en omfattande utredning av en komplex problemställning där Styrelsen instämmer i utredningens slutsatser att det finns ett tillgänglighetsproblem och en ogynnsam utveckling av väntetider.

Styrelsen instämmer dock inte helt i orsaken till bristande tillgänglighet och efterfrågar ett förtydligande kring hur man ska kunna utöka antalet vårdplatser samt en strategi för rekrytering av personal och strategi för att behålla vårdpersonal. Vi anser att det är viktigt att förtydliga hur man tänker sig både regionala och lokala handlingsplaner. Vi bedömer vidare att ett förtydligande avseende kortsiktig uppföljning på regionalt och lokalt plan är viktig. Att omdefiniera hur man ska tolka vårdgarantin kommer osannolikt att lösa den påtagliga bristen på vårplatser och personal.

/Margret Jensdottir
ordf SNF
220906

Yttrande från Svenska Neurologföreningen (SNF) på nedanstående remiss från Socialdepartementet via SLS.

Diarienummer: 2022-05-30 S2022/02635

S2022:22 Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22)

Svenska Neurologföreningen (SNF) tillstyrker lagförslaget med de följdändringar i övriga kopplade lagar.

Denna lagskärpning stärker den nära vården genom skärpningen av vårdgarantin, att denna handlar om yttersta tidsgränser och inte målsättningar. Det nya lagförslaget ger en tydlighet i uppdraget. Ordförandens egen inlaga är helt i enlighet med SNFs uppfattning.

Vi önskar framhålla följande:

1. Fokusera på kärnverksamheten. Den medicinska professionen ska ägna sig åt att utreda, diagnosticera, behandla och följa effekten av detta samt avsluta ineffektiva behandlingar i samverkan med den enskilda individen med hänsyn till dennes egen inställning.
2. Arbetet med produktions- och kapacitetsplanering i syfte att nå balans mellan in- och utflöde av patienter måste intensifieras.
3. Administrativa kontrollfunktioner ska inte belasta de medicinska professionerna.
4. Anpassade och utvecklade IT-system som är funktionella för att inte belasta vårdens medicinska och omvårdnadsverksamheter. Önskvärt är ett nationellt gemensamt journalsystem med automatisk överföring av väsentliga kvalitetsindikatorer (inkl (PROM och PREM-mått) till kvalitetsregister.
5. Speciellt betydelsefullt är samverkan mellan region/landsting och kommun och därmed avgränsningarna av respektive enhets uppdrag.
6. Medicinsk prioritering enligt principen att den med störst behov ska prioriteras och därmed kopplade ekonomiska ersättningssystem.

På uppdrag av Svenska Neurologföreningens styrelse

20220914

Ingela Nilsson Remahl

Erik Lundström

Doc, överläkare

Doc, överläkare

Ordförande i Etik- och kvalitetsutskottet

Ordförande i SNF

Remissvar avseende ”Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22)”

Svar lämnat av

Styrelsen för Svensk Förening för Medicinsk Informatik (SFMI), medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet.

Synpunkter utarbetade av: Claudia Ehrentraut och Lina Nilsson

Svarsdatum: 28 september 2022

Remissvaret genomgicks av SFMI:s styrelse mejlledes.

Sammanfattning

SFMI:s styrelse lämnar inom ramen för detta remissvar sina synpunkter kring nedanstående kapitel i slutbetänkandet ”Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22)”

Utredaren har ordet

SFMI:s styrelse delar utredarens åsikt att regionerna måste **“samverka med andra regioner i att finna effektiva arbetssätt och lösningar, fortsätta digitaliseringsutvecklingen samt nyttja befintliga och sluta ytterligare avtal med andra vårdgivare”** men vill poängtera vikten med att samverkan i vissa fall också kräver koordineringshjälp, framför allt när flera parter är involverade. En sådan koordinerad part behövs inte enbart för samverkan mellan regionerna men även när myndigheter ska samverka kring lösningar som spänner över deras respektive ansvarsområde.

5.5.1 Informationskravet ska utökas och tillgången till samlad och digital information ska stärkas

SFMI:s styrelse tillstyrker förslaget att *“Det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen som anger att patienten ska få information samlad och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet.”* SFMI:s styrelse anser att det är viktigt att patienten utöver detta också ska kunna få möjlighet att komma i kontakt med vården på ett icke-fragmenterat sätt. Idag finns, utöver 1177:s e-tjänster som möjliggör t.ex. av- eller ombokning av tider, flera lösningar som erbjuder liknande tjänster, t.ex. Alltid öppet.

5.5.3 Omställningen behöver märkas av vårdens medarbetare

SFMI:s styrelse ställer sig bakom bedömningen att *“[r]egeringen bör rikta ekonomiska medel som ett stöd till det lokala omställningsarbetet i syfte att stimulera uppstart och*

implementering av nya konsultativa arbetssätt, exempelvis digital specialistkonsult, som stärker primärvårdens tillgänglighet och kontinuitet. Arbetet bör göras i samverkan mellan primärvård och specialiserad vård och målet bör vara förändrade arbetssätt som är långsiktigt hållbara och tjänar vårdens kärnverksamhet.” SFMI:s styrelse vill lyfta fram att ett sådant arbetssätt kräver att delning av den för behandlingen av patienten relevant information mellan de involverade parter måste fungera vilket i dagsläget kan hindras av att parter arbetar i olika system där sömlöst digitalt informationsutbyte inte alltid fungerar. Här krävs att ekonomiska medel tillhandahålls som ger utrymme till det informatiska arbetet att ta fram/driva framåt lösningar för informationsutbytet, exempelvis gällande elektronisk remiss, multidisciplinära laboratoriesvar eller bilddiagnostiska resultat.

5.5.4 Fortsätt att stödja, följa upp och utvärdera omställningen till nära vård

SFMI:s styrelse är positiv till att Socialstyrelsen *“får i uppdrag att fortsätta utveckla det informatikarbete som behövs för att kunna följa utvecklingen av fast läkarkontakt och finna lösningsförslag på de av myndigheten identifierade utmaningarna som finns med att följa utvecklingen av fast läkarkontakt såväl i regionerna som på nationell nivå.”*. SFMI:s styrelse vill framhäva vikten med att informatikarbete får det utrymme som behövs inte enbart i Socialstyrelsens arbete men generellt i utvecklingsprojekt avseende hälso- och sjukvårdens digitalisering på kommunal, regional och nationell nivå. Detta kräver att det arbetas på bred front för att förståelsen för vad informatikarbetet innebär och vilken betydelse det har för digitaliseringen ökar, bland verksamhetsnära och tekniska professioner så som beslutsfattare.

6.2 Bättre kompetensförsörjning med regionaliserad läkarutbildning och ökad VFU-samverkan mellan lärosäten och kommuner

SFMI:s styrelse ställer sig bakom gjorda bedömningar (6.2.16) utifrån en tydlig och väl genomförd genomlysning i kapitel 6.2. Dock önskar SFMI:s styrelse understryka betydelsen av samverkan och stöd för utveckling av decentraliserade professionsutbildningar inom hälso- och sjukvård samt vård och omsorg utöver läkarutbildningen. Likaså önskar SFMI:s styrelse framhålla betydelsen av att informatik/hälsoinformatik/medicinsk informatik blir en del av regionaliserade professionsutbildningar.

6.4. Fler universitetssjukvårdsenheter i primärvården och stödande miljöer i kommunal vård

SFMI:s styrelse understödjer gjorda bedömningar (6.4.11) gällande forskning, utbildning och utvecklingsarbete och önskar samtidigt poängtera betydelsen av att hälsoinformatik alternativt medicinsk informatik är ett av flera fokusområden för utvecklings- samt forskningsmiljöer.

9.1 Överväganden avseende intygshanteringen i hälso- och sjukvården

SFMI:s styrelse ställer sig bakom bedömningen *“[r]egeringen bör ge en lämplig myndighet i uppdrag att följa upp det utvecklingsarbete som har gjorts av statliga myndigheter i fråga om intygshantering. Det bör ingå i uppdraget att följa upp resultatet av det arbete som SKR och Inera har bedrivit på området med stöd av statliga medel. Myndigheten bör även få i uppdrag att ta fram en handlingsplan över de statliga insatser som krävs för att åstadkomma en mer effektiv och sammanhållen intygshantering inom hälso- och sjukvården.”* men vill understryka vikten med att *lämplig myndighet* inte bör vara någon av myndigheterna som var involverade i utvecklingsarbetet.

Datum
2022-09-13

Er Referens
S2022/02635

Mottagare
Socialdepartementet

Vår Referens
SPF2022:12

Yttrande gällande slutbetänkandet *"Vägen till ökad tillgänglighet delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram"*, SOU 2022:22.

Sammanfattning:

- Avstå förslaget om att skärpa vårdgarantin p.g.a. resursbrister, ökad administration och risk för felprioriteringar
- Kloka förslag om att stärka primärvården för att göra den till navet i svensk sjukvård
- Satsa på att bygga ut vården för barn och unga, för att förebygga och behandla psykiskt illabefinnande och sjukdom.
- Intygsadministrationen måste förenklas och minskas.
- Förskrivning av ADHD-läkemedel; primärvården bör kunna ta över uppföljning och förskrivning av okomplicerade patienter.

Väntetider/vårdgarantier: Svenska psykiatriska föreningen menar att utredningens förslag om utökad vårdgaranti är välmenande men att den blir i praktiken svår att genomföra på grund av bland annat personalbrist och hög belastning. Att ytterligare spetsa vårdgarantin riskerar att urholka hela grundmeningen med garantin ytterligare. På många arbetsplatser arbetar personalen redan på bristningsgränsen, och ytterligare skärpning av vårdgarantin riskerar därför att försämra kvalitén på vården genom ökad administration och att man känner sig nödgad att uppfylla kraven mer än att fokusera på att ge adekvat vård.

Flera av förslagen kräver ytterligare administration för att hålla ordning på tidsgränser, informationsutskick, tidsbokningar, remittering till annan region etc. i ett redan administrationstungt arbete. Det är dock lovvärt att patientens rätt till medbestämmande gällande tidsbokning lyfts fram. Samtidigt är det vårdpersonalen som kan göra de medicinska bedömningarna och prioriteringarna. Förslaget riskerar att leda till ytterligare börda och administration samtidigt som de mindre prioriterade patienterna får tider.

Att inte räkna med återbesök i vårdgarantin riskerar också att inverka negativt på uppföljningen om fokus ligger på att uppnå kraven på första besök till bedömning och behandling. Förslagen har en god mening och vilja men under rådande pressade

arbetsförhållanden är tajmingen helt enkelt inte rätt. Det finns därtill en risk för splittring mellan beslutsfattare och vårdpersonal.

Ska förslagen genomföras måste dessa i så fall paras med nya resurser, som dessutom behöver finnas på plats innan.

En nära och tillgänglig vård med fokus på primärvården: Svenska psykiatriska föreningen (SPF) stöder förslaget om att patienten ska ha en fast vårdkontakt och fast allmänläkare. Det är viktigt att fokusera på att stärka primärvården såväl kliniskt som utvecklings- och kompetensmässigt t.ex. genom specialistkonsulter.

God och nära vård med forskning, utbildning och utveckling: Regionaliserad läkarutbildning, 10-årigt Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård samt primärvårdsforskning är goda förslag som SPF ställer sig bakom.

Barn och ungas psykiska hälsa: Tidig upptäckt, omhändertagande, behandling och samverkan är framgångsfaktorer vid psykisk ohälsa/sjukdom hos barn och unga. *En väg in* bör kunna underlätta men kräver ganska stora organisatoriska förändringar och omstrukturering av resurserna. Elevhälsan måste byggas ut och samverkan mellan skola, primärvård och BUP är av stor vikt för att hjälpa och behandla unga i ett tidigare skede. Vid vård av barn och unga är det, som i sjukvården, viktigt att beakta riktlinjerna i prioriteringsplattformen.

Alla ska behandlas likvärdigt; den med störst behov ska prioriteras. Efterfrågan i sig får aldrig bli avgörande för vem som får del av sjukvårdens erbjudanden. Svenska Psykiatriska föreningen ställer sig bakom att en konkret och långsiktig strategi för barn och ungas psykiska hälsa tas fram under förutsättning att kliniskt verksamma inom barn- och ungdomspsykiatri får möjlighet att medverka med sina expertkunskaper.

Intyg: Även om intygsförfarandet har förbättrats finns det stort utrymme för ytterligare förbättringar för att minska den administrativa bördan. Fler intyg kan göras digitala. En del av informationen torde gå att automatisera för att minska momenten som kräver genomgång av journalen, kronologisk information etc. Det måste bli lättare att kopiera tidigare skriven text samt att växla mellan olika gränssnitt. Myndigheter bör även se över vilken information de faktiskt behöver för att kunna ta ställning i ett beslut rörande en patient. Exempelvis behöver socialsekreteraren inte ta del av en neuropsykiatrisk utredning för att kunna fatta beslut rörande insatser via socialtjänsten. Tidigare skrivna intyg borde kunna återanvändas till större del, möjligen med kortare tillägg.

Patienter med ADHD i behov av narkotikaklassade läkemedel: I dagsläget saknas kapacitet i primärvården att ta över uppföljningen av patienter med ADHD och förskrivningen av läkemedel. Dock saknas på motsvarande sätt kapacitet i BUP och delvis i vuxenpsykiatri. ADHD är i sin okomplicerade form ett relativt lättbehandlat funktionshinder som lämpar sig väl för hantering inom primärvården. Den aktuella kapaciteten ska inte styra planeringen av var insatser ska ges i framtiden. Belastningen på BUP och vuxenpsykiatri av dessa patientgrupper har en icke acceptabel undanträngningseffekt för patienter med svårare psykiatrisk sjukdom och större behov. Frågan bör utredas vidare. Med all sannolikhet kan och

bör patienter med okomplicerad ADHD i Sverige, på samma sätt som t ex i Danmark, följas upp enklare och bättre i primärvården än i specialistpsykiatri.

Valfrihet i öppen vård: Önskemål från patienter som har skäl att få sin slutenvård på annan plats än hemorten tillgodoses till stor del. En total valfrihet är dock knappast önskvärd eller optimal. Inom till exempel psykiatri är samverkan med patientens nätverk och socialförvaltning inte sällan av avgörande betydelse för ett gott resultat av tiden i slutenvård och detta skulle avsevärt kunna försämrats om vården förlades långt från hemorten.

I detta remissvar, har Martin Hultén och Linda Martinik varit föredragande.

Martin Hultén
Ordförande
Svenska Psykiatriska Föreningen

Linda Martinik
sekreterare
Svenska Psykiatriska Föreningen

Remissvar från SFOHH på SOU 2022:22 "Vägen till ökad tillgänglighet, tidiga insatser och inom lagens ram"

SFOHH, Svensk förening för otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi, har tagit del av remissen och har följande kommentarer och synpunkter.

Till en början vill vi påpeka att detta är ett väldigt omfattande dokument med få konkreta förslag till lösningar på de problem som framkommer.

På sida 27 konstateras att: "En utökad vårdgaranti i sig är inte tillräckligt för att säkra kortare väntetider. För att förslagen om en utökad vårdgaranti ska få praktiskt genomslag och efterlevas behöver regionerna och staten genomföra ett intensivt arbete innan ikraftträdandet. Regionerna behöver bland annat arbeta med produktions- och kapacitetsplanering, långsiktig planering och schemaläggning samt sluta avtal med och nyttja alternativa vårdgivare. Rutiner för registrering och uppföljning behöver utvecklas och komma på plats. Staten behöver se till att det finns en adekvat tillsyn och en utvecklad ändamålsenlig uppföljning. Omställningen till en nära vård behöver gå framåt. Slutligen är det viktigt med information kring vårdgarantins regler både för allmänheten och vårdens medarbetare."

"Ett intensivt arbete innan ikraftträdande" kräver ett omfattande förändringsarbete som inkluderar involvering av alla yrkeskategorier som måste synkroniseras med samverkan centralt. Detta medför administrativt arbete på olika nivåer som börjar nationellt och som ska vara klart innan 1 jan. 2025.

Arbete med produktionsplanering är redan igång, och har resulterat i insikten att vi inte kommer att räkna till med aktuella resurser. Vi behöver förankra och implementera ny arbetsfördelning och ansvarsfördelning, samt utbildningsinsatser för vissa yrkesgrupper – riktade utifrån identifierade arbetsmoment som behöver överföras mellan yrken.

Risken är att vi inte kommer säkerställa allt inom 2 år. Alternativa vårdgivare är den snabbaste och mest tillgängliga åtgärden, men som på kort och lång sikt underminerar kompetensförsörjning ytterligare. Förflyttning av arbetskraft och kompetens till privat sektor utan samtidigt kontroll och översyn av avtal, ansvarsfördelning och ersättning för att jämka konkurrensförutsättningar på arbetsmarknaden, kan vara destruktiv för den offentliga sjukvården.

"Omställningen till en nära vård behöver gå framåt." Fortfarande finns ingen konkret plan för denna omställning. Dokumentet tar ju dock snarare upp problemen med detta då det är brist på

specialister i allmänmedicin, brist på forskning avseende omställningen, brist på kunskapsstöd till digitala vårdbesök och brist på resultat från pågående utvecklingsarbeten. Här finns en risk att man gör fel, bara för att "omställningen behöver gå framåt."

Avseende fasta vårdkontakter noteras på sida 30: "Därför lämnar utredningen förslag om ett utökat informationskrav som innebär ett förtydligande om att patienten ska få information även om sina fasta kontakter i vården och kontaktuppgifterna till dessa och sina vårdenheter. "

Att säkerställa fast vårdkontakt kan vara problematiskt om vi "sluter avtal och nyttjar alternativa vårdgivare." Resultatet kan bli bedömning och utredning hos en vårdgivare, behandling hos en andra och uppföljning hos en tredje och sista vårdgivare.

Under sammanfattningen är det följande förslag på sida 28:

"En medicinsk bedömning inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin oavsett om besväret som den enskilde söker kontakt med primärvården för har samband med tidigare känt hälsoproblem eller inte."

För kända åkommor upplever vi att vårdgivaren bör ha rätt att prioritera och att låta medicinsk prio få avgöra.

"Behandlingar inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin."

Även här tycker vi att medicinsk prio bör avgöra.

På sida 29 är det följande bedömningar:

"Återbesök i form av planerade uppföljningar bör inte omfattas av vårdgarantin."

Ett återbesök kan vara lika viktigt som ett nybesök för prioriterade grupper. Medicinsk prio bör avgöra.

"Flera regioner behöver ta ett större ansvar för att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare när det krävs. Detta är regionernas ansvar och patienten ska inte behöva ta initiativet till att det sker."

Vi är tveksamma till hur lätt det är att styra över en annan region. Vem ska ombesörja att det efterlevs?

”Flera regioner bör stärka sitt arbete med att se till att patienten får information om vad som gäller i fråga om vårdgarantin och valfrihet.”

Skall patientens valfrihet öka vad gäller att söka vård utanför egna regionen bör det kompenseras ekonomiskt till hemregionen eftersom det som regel kostar mer att skicka en patient för utomlänsvård än att vårda patienten själv.

Förslag på sida 32 är:

”Det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen som anger att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten.”

Det känns orealistiskt att patienten skall kunna välja när den skall få vård. Effektiv produktion och kapacitetsplanering bör tolkas så att patienten skall infinna sig när vård har möjlighet att erbjudas.

I bedömning på sida 34 och 35 står det:

”Regionala samverkansorgan för ALF-avtalet och regioner i sjukvårds-regionen bör tillsammans utveckla förutsättningar för forskning, utbildning och utvecklingsarbete i syfte att möjliggöra universitets-sjukvårdsenheter i respektive region, särskilt inom primärvården.”

ALF avtalet har gjort det svårare för mindre forskargrupper att få anslag. Om primärvården skall prioriteras i ALF bör man kanske fundera på att göra det lättare för mindre forskargrupper att tilldelas anslag för att förslaget skall få verkning.

”Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag till en långsiktigt hållbar struktur för forskning, utbildning och ut-veckling i kommunal hälso- och sjukvård, inklusive former för återkommande nationell uppföljning och utvärdering.”

Vi ser en risk med att kommunal hälso- och sjukvård skall få mer forskningsanslag då resurserna riskerar att spridas ut för mycket. Vi ställer frågan om handledare, docenter, professorer och disputerade finns i kommunen?

Vi oroliga för hur en lagändring med utökad vårdgaranti är genomförbart med aktuella resurser och att detta kan resultera i mer vård till friska och mindre till de sjuka patienterna. Om vi redan har svårt att klara vårdgarantin idag, hur skall vi klara en skärpt vårdgaranti? Vad ska ske om vårdgarantin inte följs? Dagens vite leder inte i sig till någon förbättring när det är personal som saknas. Sammanfattningsvis motsätter vi oss förkortningen av vårdgarantien.

För styrelsen, SFOHH

Torbörn Lindem, tillförordnad facklig sekreterare



Remissvar från SLS delegation för medicinsk etik avseende Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram SOU 2022:22

Detta betänkande har haft i uppdrag att utreda för och nackdelar med en utökad vårdgaranti, samt stödda regionernas och kommunernas arbete med en nära och tillgänglig vård. Tillgängligheten till vård i Sverige visar stora brister, och trots avsevärda resurstillskott och vårdgaranti kvarstår problemen. Betänkandet föreslår en utökad vårdgaranti, som dels ska omfatta flera delar av vårdkedjan och innebär något snävare tidsgränser dels tydligare ansvar för regionerna att tillse att patienten får vård i tid, om så krävs av annan vårdgivare eller region.

DME lämnar följande principiella synpunkter på detta omfattande betänkande:

1. Prioritering

- a. Bristerna vad gäller tillgänglighet i svensk sjukvård är besvärande, och det är angeläget att finna en lösning. Men tillgänglighet är bara ett av många viktiga värden inom hälso- och sjukvården - andra viktiga värden, som inbördes kan komma i konflikt med varandra, är till exempel kvalitet, kontinuitet, patientsäkerhet, resursutnyttjande, delaktighet, hög forskningsaktivitet, mätbarhet/tillförlitliga register och så vidare. Flera av dessa värden kan samverka åt samma håll, men kan ibland komma i konflikt, och behöver då rangordnas. En lösning för att komma till rätta med tillgängligheten skulle kunna vara att drastiskt sänka kvaliteten, eller patientsäkerheten, eller låta kostnaderna skena. Hur viktig är tillgängligheten i förhållande till de andra värdena? Tullar vi hellre på tillgängligheten, eller patientsäkerheten, eller kvaliteten? Om tillgänglighet kommer i konflikt med kontinuitet - vilket tycker vi är viktigast? Forskningsaktivitet kontra att ta hand om patienter för personal det är brist på? Detta resonemang saknas i betänkandet.
- b. Förhållandet mellan vårdgarantin och prioriteringsplattformen beskrivs tex på sidan 56:

"Vårdgarantin reglerar inte om vård ska ges, vilken vård som ska ges eller kvaliteten på vården som ska ges. Vårdgarantin definierar endast den yttersta tidsgränsen inom vilken medicinsk prioritering ska ske. Det betyder att ALLA patienter ska få sin vård inom vårdgarantins preciserade gränser, även de med de lägsta behoven."

Om det visar sig resurs- och kapacitetsmässigt inte vara möjligt att ge all vård inom vårdgarantins reglerade gränser finns fortfarande en fara om en vårdgivare/region ändå vill uppfylla vårdgarantin: prioriteringar ska göras inom tidsgränserna för det som *ingår* i vårdgarantin - men det innebär att det som *inte* ingår i garantin (återbesök, fortsatta behandlingar mm) kan riskera trängas undan. Likaså kan indikationen för vilken vård som ska ges ökas, så att viss vård inte ges, och därmed inte omfattas av någon garanti. Väntetiderna kan ju bringas ner genom att vi ger mindre vård. Men är det önskvärt?

Eller annorlunda uttryckt: Om det viktigaste är att alla får vård i tid, så får man skruva på antingen om vård ska ges, vilken (minimal) vård som räcker, eller kvaliteten på vården. Är det önskvärt? Om fördelarna med vårdgarantin (signalvärdet, regional likvärdighet, tydlighet gentemot patienten och ramar för regionernas dimensionering och resurssättning) ska kunna bevaras i ljuset av begränsningar i resurser och kapacitet så kan sådant skruvande behövas. Givet riskerna med ovanstående, och frånvaron av visad effekt med den vårdgaranti vi redan har sedan 10 år tillbaka, är betänkandets slutsats om utökad vårdgaranti inte given.

2. Konsekvenser om vårdgarantin inte efterlevs

Ur betänkandet framgår inte alls vilka konsekvenser det kan/bör få för regioner som inte kan leva upp till vårdgarantin. På sid 131 står: *”IVO är den myndighet som kan och ska agera i frågan när lagstiftningen inte efterlevs. IVO har genom sitt uppdrag en skyldighet att påpeka fel och brister i verksamheten samt fatta adekvata tillsynsbeslut som ger effekt så att problem åtgärdas i vårdverksamheterna”* Betänkandet anger att det inte ligger i utredningens uppdrag att utreda eller lämna förslag kring ”tillsynens utveckling”. Men för att optimera de föreslagna fördelarna med vårdgarantin (signalvärdet, regional likvärdighet, tydlighet gentemot patienten och ramar för regionernas dimensionering och resurssättning) bör ju en icke uppnådd efterlevnad få någon form av konsekvenser – och helst sådana som inte gör det svårare för en region att leva upp till vårdgarantin (som tex någon form av böter, eller att inte få tillgång till kö-miljarder mm). Denna fråga är så tätt kopplad till motiven för att bibehålla, och till och med utöka, vårdgarantin, att den gärna hade fått utvecklas i betänkandet.

3. Orsaker till och hinder för ökad tillgänglighet

Lösningarna på problemet med bristande tillgänglighet som föreslås i betänkandet, förutom den utvidgade vårdgarantin, är mer av det som vården sannolikt arbetat med sedan vårdgarantin infördes, nämligen ökad produktions- och kapacitetsplanering och samverkan. Ordet samverkan förekommer 388 gånger i dokumentet. *Orsakerna* till den bristande tillgängligheten diskuteras på ett intressant sätt i ”utredaren har ordet”, men gör föga avtryck i resten av betänkandet. Utredaren tar bland annat upp brist på personal, ineffektiva IT-system, ökande mängder administration som tränger ut kärnverksamheten. Betänkandets förslag om mer och bättre registrering av väntelistor, tillsyn, och bättre information med snävare tidsramar till patienter är vällovliga, men innebär sannolikt ökad administration. Kravet att hitta vård åt patienten hos annan vårdgivare/region inom vårdgarantins gränser kan också leda till ökad arbetsinsats för verksamheter/enheter. Att hantera vårdplatsbrist kan vara oerhört tidskrävande för de som vårdar patienter. Inkompatibla journalsystem mellan olika regioner gör också detta arbete onödigt tungrovt.

För Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik (DME)

Anders Castor
ordförande DME

Jenny Lindberg
ledamot DME

Eva Hannerz Schmidtke
ledamot DME

Remiss:

Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram SOU 2022:22

eHälsokommitténs yttrande

SLS eHälsokommitté anser att utredningen är väl genomarbetad avseende digitaliseringens möjligheter men också svårigheter.

Vi stöder utredningens samtliga förslag.

Dessutom instämmer vi i utredarens kommentar (s 54) att det ”Det behövs forskning om för- och nackdelar med digitala vårdbesök”.

Vidare instämmer vi i ”... det finns ett behov av att forskningen stärks på området för att belysa digitaliseringens risker, dess kostnadseffektivitet och hur vi på bästa sätt tar till vara digitaliseringens goda effekter för patienter, vårdens medarbetare och hälso- och sjukvårdssystemet i stort”.

eHälsokommittén anser att det behövs mer forskning såväl *om* vårdens digitalisering som *med hjälp av* digitaliseringen i allmänhet men för tillgänglighet i synnerhet. I det förra fallet (*om*) finns det alldeles för litet forskning vilket gör att utformning, nyttor och effekter av digitalisering är svårvärderade.

I det senare fallet instämmer vi i att samverkan mellan olika parter kan stärkas av den regionala läkarutbildningen.

I utredningen saknar vi saknar dock följande insatser, som också krävs för att dra nytta av digitaliseringen:

- 1) *Utbildning i klinisk/medicinsk informatik*, dvs området för vårdens digitalisering, för såväl studenter som personal inom vården.
- 2) *Tillämpning av gemensam nationell informationsstruktur*. Utvecklingen hämmas av att varje region ska anpassa sig till olika nationella digitala verktyg så som intyg. Dessutom medför det onödiga kostnader.

För att effektivisera forskningen föreslår vi på sidan 34 tillägget med fetmarkerad text:

”Regeringen bör ge Forte respektive VR i uppdrag att förbereda för programmen, analysera forskningsbehov och ta fram strategiska forskningsagendor i samverkan **med varandra och** med berörda aktörer året innan medel utlyses.”

Avseende vårdgarantin (Sidan 28ff)

- Medicinska bedömningar av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården ska omfattas av vårdgarantin, i stället för besök inom den specialiserade vården.

har vi följande kommentarer:

- Det är redan uppluckrat men inte helt adekvat, många remisser besvaras med råd om utvidgade utredningar som primärvården ska göra istället för slutenvården. Det finns en stor risk för förflyttning av arbetsuppgifter utan tillskott av resurser.
- Att återbesök inom slutenvården inte omfattas av vårdgarantin (en ledamot har jobbat på arbetsplatser där man satt i system att acceptera inkommande remisser snabbt och ta patienten på ett första besök för att sedan låta den vänta i många månader på fortsatt utredning/behandling – vilket blir väldigt problematiskt och felaktigt utnyttjande av systemet).
- Medicinsk bedömning av inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin oavsett om besväret som den enskilde söker vård för har samband med tidigare känt hälsoproblem eller inte. Detta förslag kan bli problematiskt då många patienter har kroniska besvär som vi inte alltid kommer till rätta med – hur ofta ska dessa patienter ha ”rätt” till en ny bedömning.